Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok II. Październik 1930 Nr 10.

Pielęgniarka Polska Nr. 10.

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 10.

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:
KRAKÓW, UL. SW. KRZYZA L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.
Pojedyńczy num. 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara
We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.
Konto P. K. O. 409.450.

Rok II. Październik 1930 Nr. 10.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD KIERUNKIEM HANNY CHRZANOWSKIEJ, JADWIGI SUFFCZYŃSKIEJ I WANDY LANKAJTESÓWNY.

Program dorocznego Walnego Zjazdu
Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych

Walny Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych odbędzie się w dniach 8 i 9 listopada b. r. w Warszawie, w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, Koszykowa 78.

Komisja programowa położyła tym razem szczególny nacisk na możność wypowiedzenia się pielęgniarek, na sposobność porozumienia się wzajemnego: świadczą o tem wprowadzone poraz pierwszy demonstracje zabiegów, oraz na dzień drugi Zjazdu planowane zebrania dyskusyjne.

Zarząd P. S. P. Z. nie wątpi, że Walny Zjazd tegoroczny zgromadzi liczny zastęp pielęgniarek, poczuwających się do solidarności, rozumiejących całą wagę Zjazdów, będących według Statutu najwyższą instancją Stowarzyszenia.

Program Walnego Zjazdu P. S. P. Z. w Warszawie, w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, Koszykowa 78.

Dzień I

8 listopada.

Porządek dzienny:

Godzina 9 rano:

Msza św. w kaplicy Warsz. Szk. Pieleg.

Godzina 10 rano:

Zebranie poświęcone sprawom zawodowym PSPZ. (Wstęp dla członków).

Godzina 4 po południu:

Otwarcie Zjazdu. — Zagajenie. — Wybór Przewodniczącego.

1) Referat p. Naczelnika B. Krakowskiego: Cele i zadania opieki nad dziećmi i młodzieżą w Polsce.
2) Demonstracje zabiegów pielęgniarskich przez absolwentki Szkół.
3) Referat p. Jędrzejewskiej: Praca społeczna przyszpitalna.

Dzień II.

9 listopada.

Porządek dzienny:

Godzina 10 rano:

I zebranie dyskusyjne.

Szkolenie uczennic w szkołach pielęgniarskich, przewodnicząca: p. M. Epsteinówna; dyskusje: p. Żmudzka, p. Schindlerówna, p. Kulczyńska, p. Lankajtesówna.

Godzina 11.30 rano:

II zebranie dyskusyjne.

Uzupełnienie wiadomości zawodowych po ukończeniu szkoły, przewodnicząca: p. W. Lankajtesówna; dyskusje: p. Mochnacka, p. Bielicka, p. Starowieyska, p. Żakowska.

W godzinach od 1—5 zwiedzanie gmachu Warsz. Szk. Piel.

Godzina 5 po południu:

Zamknięcie Zjazdu. (Wstęp dla członków).

Dnia 10 listopada zwiedzanie Szkoły P. C. K., Szkoły przy Szpitalu Starozakonnych na Czystem, Szpitala im. Karola i Marji, Miejskich Ośrodków Zdrowia na Mokotowie i Grochowie.

W sprawie szkolenia pielęgniarek społecznych

Wyrazem zrozumienia doniosłości medycyny zapobiegawczej wśród kół rządowych i samorządowych oraz instytucyj takich, jak Kasy Chorych i Ubezpieczalnie — są coraz liczniejsze ośrodki zdrowia, różniące się wybitnie od zakładów leczniczych nietylko odrębnym zakresem działalności, lecz i metodami pracy. Najistotniejszą cechą tej nowej techniki pracy służby zdrowia jest stała łączność między ludnością danego okręgu i jego poradnią.

Głównym czynnikiem, utrzymującym tę stałą łączność między lekarzami a rodziną jest pielęgniarka społeczna. Jej przypada niesłychanie doniosła rola w rozwoju tych instytucyj, dotąd nieznanych szerokim warstwom społeczeństwa, jakiemi są współczesne ośrodki zdrowia. Od pracy pielęgniarki społecznej, jej wiedzy, doświadczenia i taktu, zależy możność zdobycia zaufania ludności, a więc tem samem zależy w dużym stopniu znaczenie ośrodka zdrowia, jako głównego czynnika szerzenia zasad higjeny.

Z pełnem zrozumieniem ważności tych zadań i obowiązków pielęgniarki społecznej, przygotowują szkoły pielęgniarstwa corocznie nowe zastępy kandydatek na te stanowiska. Jak dalece szkoły zdają sobie sprawę z potrzeby jak najlepszego wyszkolania tych tak bardzo samodzielnie pracujących pielęgniarek społecznych, tego dowodzą

dążności dyrekcyj tych szkół do przedłużenia studjów, trwających obecnie dwa lata.

Długie miesiące nauki w twardej dyscyplinie szkoły nie są czynnikiem, któryby mógł zachęcić nowowstępujące kandydatki, jeżeli im brak gorącego zamiłowania do zawodu, bo tylko zamiłowanie może skłonić do przezwyciężenia tych trudności.

A tymczasem koła rządowe, samorządowe, Kasy Chorych i inne instytucje — a więc czynniki, rozwijające akcję ośrodków zdrowia — nie popierają tych dążeń do gruntownego przygotowania pielęgniarek społecznych o pełnych kwalifikacjach, przeciwnie, stają tym dążeniom na przeszkodzie przez urządzanie dużo łatwiejszych i wygodniejszych, bo tylko kilkumiesięcznych kursów dla higjenistek społecznych.

Surogat ten jest naogół lichy i innym być nie może ze względu na charakter organizacji kursów. Głównych wartości kandydatki, to jest jej kwalifikacyj moralnych w szerokiem tego słowa znaczeniu, nie może ocenić żaden lekarz, wykładający kilka lub najwyżej kilkanaście godzin, ani instruktorka kursów, spotykająca się z uczennicami przeważnie tylko na wykładach. Brak tu głównego czynnika, nadającego zawodowej szkole pielęgniarstwa istotną wartość, t. j. stałego kontaktu uczennic z instruktorkami i silnej dyscypliny zakładowej w internacie, dzięki czemu szkoły wychowują.

Poza tą najważniejszą trudnością sprawdzenia wartości moralnych kandydatek, kursy mają i tę wadę, że wtłaczają w głowę uczennicy olbrzymi materjał naukowy w bardzo krótkim czasie. Dowodem niemożności opanowania tego materjału jest niski poziom egzaminów, będących w tych warunkach bodaj że jedynym sprawdzianem kwalifikacyj zawodowych w ścisłem tego słowa znaczeniu.

I tutaj nie wystarczy pociecha, że kursy takie są tylko wstępem do karjery pielęgniarki społecznej, że absolwentka takich kursów znajdzie na swojem stanowisku sposobność dokształcania się i nabierania doświadczenia. Kto ma czuwać nad dalszą nauką takiej pracującej absolwentki, np. w poradni wiejskiej? Czy lekarz, przepracowany i częstokroć zostawiający wolną rękę higjenistce w zakresie nie dotyczącym patologji i lecznictwa, np. regulowania odżywiania dzieci, higjeny domowej i t. p.? Czy wizytatorka pielęgniarska, odwiedzająca najwyżej parę razy na rok instytucje, w których pracują pielęgniarki społeczne? Zupełny brak odpowiednich polskich podręczników z zakresu pielęgniarstwa wogóle, a w szczególności z zakresu pielęgniarstwa społecznego — uniemożliwia nawet chętnym i pilnym absolwentkom takich kursów późniejsze dokształcanie się.

W tych warunkach stanie się zadość tylko formie: powstaną ośrodki zdrowia, dające się ująć w cyfry, ale pracę w nich obejmą lekarze, nie zawsze obeznani ze współczesnym stanem medycyny społecznej, a główny czynnik pracy w tych instytucjach — pielęgniarki społeczne, wyszkolone w pośpiesznem tempie na kursach, będą pracowały jak umieją, nawet nie zdając sobie sprawy, że możnaby pracę poprowadzić lepiej.

Ceniąc wysoko pracę pielęgniarki społecznej, nie sądzę, aby nawet absolwentki szkół pielęgniarskich uzyskiwały odpowiednie do niej kwalifikacje razem z dyplomem szkoły. Dopiero paroletnia służba

w szpitalach da im doświadczenie, potrzebne do samodzielniejszej pracy poradnianej.

Wiem także, że autorowie i organizatorzy kursów zdają sobie sprawę z powyższych niedomagań, ale uzasadniają rzekomą potrzebę tych kursów zbyt małą liczbą absolwentek szkół pielęgniarskich wobec szybkiego tempa powstawania nowych poradni, ośrodków zdrowia, żłóbków i t. p. Ten brak ma być narazie pokryty siłami może gorszemi, ale „lepsze to, niż nic".

Sprawy tej nie można jednak oceniać w ten sposób jeśli się nie chce w samym początku spaczyć budzącego się u nas ruchu higieniczno-społecznego! Przeciwnie — raczej nic, niż źle! Tem bardziej, że „nic", to znaczy poczekać parę lat, aż szkoły pielęgniarskie, poparte pieniędzmi, zużywanemi obecnie na kursy dorywcze, dostarczą dostatecznie licznych, odpowiednio wykwalifikowanych pielęgniarek społecznych. Niestety, jakże u nas często tworzy się wprzód placówki, a potem obsadza się je nieodpowiednio przygotowanym personelem, zamiast postępować naodwrót (przypominam tylko pokrewną sprawę lekarzy szkolnych)!

Podkreśliłem na wstępie, że pozyskanie przez ośrodek zdrowia sympatji społeczeństwa, zależy w dużej mierze od działalności pielęgniarki społecznej, a bez tej sympatji nie spełni on swego zadania: polepszenia kultury życia higjenicznego.

Higjenistka nieodpowiednia, bo niedostatecznie przygotowana, więcej może zaszkodzić temu młodemu w Polsce ruchowi, aniżeli kilkuletnia zwłoka w stwarzaniu instytucyj. Nie trzeba się również łudzić nadzieją, że niedostatecznie pracujące absolwentki kursów zostaną w przyszłości wyparte przez wykwalifikowane pielęgniarki. Usuwanie kogoś z zajmowanego stanowiska i pozbawianie go chleba jest zawsze rzeczą przykrą, a tem bardziej w braku wyraźnych uchybień służbowych, jedynie na podstawie niedostatecznych kwalifikacyj, po kilkuletniej pracy.

Kursy są zatem dla szkół pielęgniarstwa konkurencją niebezpieczną, bo niesprawiedliwą: dają po kilku miesiącach dyplomy, upoważniające do objęcia stanowisk, które absolwentki szkół mogą uzyskać po długim czasie twardej szkoły.

Uwagi moje mogą być uważane za obronę interesów szkół pielęgniarskich, ale są one podyktowane tylko dbałością o zdrowie społeczeństwa, któremu służy lekarz i pielęgniarka.*) *Dr Janusz Zeyland* (Poznań)

O opiece otwartej nad umysłowo chorymi w Belgji

W czasie mego rocznego pobytu we Francji i w Belgji (byłam stypendystką Fundacji Rockefeller'a), praktyki w przychodniach do walki z chorobami umysłowemi nie odbywałam, gdyż dział ten nie był umieszczony w programie mych studjów. Pragnąc jednak wyzyskać krótki dwumiesięczny pobyt w Belgji, postanowiłam w dni wolne od zajęć być obecną w przychodni dla umysłowo chorych („dispensaire d'hygiène mentale"). Poza kilku godzinami spędzonemi w poradni dla umysłowo upośledzonych w Brukseli, zwiedziłam miasteczko Gheel w okolicach

*) Za zezwolenie autora przedruk z „Nowin Lek.", zeszyt 15, Rocznik XLI, 1930.

Antwerpji, zwane przez okoliczną ludność: „la ville des foux", „miasto warjatów".

Dr de Craene, sekretarz Belgijskiej Ligi Narodowej do walki z chorobami umysłowemi, w swym referacie o zadaniu pielęgniarki na terenie walki z chorobami umysłowemi zaznacza, iż osią, na której się obraca cala działalność przychodni — jest właśnie pielęgniarka. Bez jej pomocy praca lekarza jest sparaliżowana przez nawal trudności, które dadzą się usunąć jedynie na wywiadzie domowym, przez nawiązanie ścisłego kontaktu z chorym i jego rodziną i zapoznanie się z domowemi warunkami umysłowo upośledzonego.

W dalekiej przeszłości, już Grecy interesowali się higjeną zapobiegawczą w dziale chorób umysłowych. W XIX wieku studjowano przyczyny i leczenie tych chorób, lecz dopiero w ostatnich latach higjena zapobiegawcza w tej dziedzinie szybko posunęła się naprzód. Zawdzięczamy to Stanom Zjednoczonym, gdzie Cliffor W. Beers, sam będąc zmuszony spędzić pewien okres czasu w zakładzie leczniczym dla chorych umysłowo, zapoznał się z życiem tych istot upośledzonych, a po powrocie do zdrowia, wydał książkę pod tytułem: „A Mind that found itself" („Umysł, który siebie odnalazł") — i w ten sposób rozbudził zainteresowanie opinji publicznej. W 1909 roku powstał w Ameryce pierwszy Komitet higjeny umysłowej, który się zczasem przekształcił w instytucję urzędową, zajmującą się wszelkiemi sprawami dotyczącemi chorób umysłowych, a więc i higjeną zapobiegawczą w tej dziedzinie. Zczasem nowa idea dosięgła Europy. W 1920 roku powstała we Francji Liga do walki z chorobami umysłowemi, pod kierownictwem Dra Toulouse'a. W 1922 roku podobne narodowe stowarzyszenie zostało utworzone w Belgji. Do stowarzyszenia weszły osoby, interesujące się chorobami umysłowemi, a przedewszystkiem pragnące się przyczynić do zapobiegania im. Powstały poszczególne sekcje: 1) walki z alkoholizmem, 2) tworzenia szpitali powiatowych dla umysłowo chorych, 3) walki z przeładowaniem pracą w szkołach, 4) tworzenia poradni higjeny zapobiegawczej.

Poradnia dla umysłowo chorych.

W czterech większych miastach uniwersyteckich Belgji: w Brukseli, Liége, Louvain i Gandawie przychodnie takie powstały pod kierownictwem profesorów psychjatrji. Obecnie niemal każde miasto ma swą przychodnię.

Centralna przychodnia w Brukseli ma dni tygodnia podzielone na przyjęcia dla dorosłych i dzieci.

Rodzina ze średniego mieszczaństwa, gdy który z jej członków dotknięty został chorobą umysłową, była dawniej bezradna wobec piętrzących się trudności w pielęgnowaniu chorego w domu, czy też umieszczenia go w zakładzie. Obecnie w poradni zostaje rzeczowo poinformowana przez lekarza i pielęgniarkę społeczną, a chory, jeśli umieszczenie w zakładzie nie jest konieczne, otoczony jest fachową, troskliwą opieką, pozostając w domu.

Poradnia roztacza opiekę również nad chorymi powracającymi z zakładu do domu, starając się ułatwić im powrót do życia rodzinnego, od którego odwykli.

Sądownie karani, dorośli i dzieci, po zwolnieniu, z rozkazu prokuratora królewskiego kierowani są do poradni. Rezultaty tej metody są bardzo dobre: zmniejsza się liczba recydywistów.

Rola pielęgniarki społecznej w opiece nad umysłowo upośledzonymi

jest niesłychanej wagi. Pielęgniarka, pragnąca specjalizować się w tej dziedzinie, powinna odbyć długą praktykę, być pewną swego powołania, mieć wielką cierpliwość, a przedewszystkiem lubić ten rodzaj chorych.

Każda pielęgniarka społeczna, pracująca z ramienia jakiejkolwiek poradni, powinna zwracać uwagę na umysłowo upośledzonych w odwiedzanych rodzinach. Zadając pytania w sposób taktowny i łagodny, potrafi wykryć człowieka o chorym umyśle lub woli. Często pomiędzy dziećmi trudnemi do prowadzenia, wykryje takie, których stan umysłowy wymaga opieki poradni. Pielęgniarka, powziąwszy podejrzenie, wskaże rodzinie poradnię, a będzie unikała dawania nieodpowiednich wskazówek, których wykonanie, staćby się mogło nieszczęściem chorego i jego rodziny.

Pielęgniarka szkolna, w porozumieniu ze szkołą, skierowuje dzieci niedorozwinięte do poradni. Pielęgniarka ze stacji opieki nad dzieckiem, po zauważeniu nienormalnych objawów u niemowlęcia — kieruje do poradni rodziców z dzieckiem. Pielęgniarka z przychodni przeciwkiłowej, często spotyka pacjentów, nadających się do poradni dla umysłowo chorych. Pielęgniarka fabryczna, skierowuje tam robotnice lub robotników zdradzających nienormalne objawy. Pielęgniarka, pielęgnująca w domu, może również w razie potrzeby wskazać poradnię swym pacjentom lub ich rodzinom. Każda pielęgniarka stara się być obecną przy badaniu i doręcza lub przesyła lekarzowi dokładne dane o chorym, zebrane podczas wywiadu.

Pielęgniarka zatrudniona w przychodni dla umysłowo upośledzonych w Brukseli mówiła mi, że z ust paru rodzin słyszała, iż chorzy uważaja poradnię omal, że nie za swój drugi dom, wracają od lekarza spokojniejsi i nieraz opowiadają rodzinie, jak to doktór o wszystko pytał, jak każdą rzeczą się interesował, podczas gdy w domu nieraz kpią z nich lub im dokuczają. Tylko ktoś, kto zetknął się bezpośrednio z poradnią, zrozumieć może w pełni, jakiem jest ona dobrodziejstwem.

Pielegniarka przyjmuje chorego w jasnej, słonecznej poczekalni, gdzie zajęta niby inną robotą, stara się nawiązać z nim rozmowę.

Chory, dobrowolnie zgłaszający się, zazwyczaj chętnie odpowiada na zapytania i pielęgniarka, po wyjściu jego z poczekalni, może przygotować dla lekarza kartę z początkowym wywiadem.

Najczęściej jednak przybywają chorzy nie dobrowolnie, a pod opieką kogoś z rodziny, nie wiedząc nawet, dokąd ich przyprowadzono. W tym wypadku pielęgniarka zbiera potrzebne informacje od osoby towarzyszącej choremu, w jego nieobecności. W gabinecie lekarskim stara się asystować przy badaniu, lecz tylko o tyle, o ile obecność trzeciej osoby nie drażni, nie krępuje chorego.

Na wywiadzie domowym pielęgniarka poucza rodzinę, jak ma się z chorym obchodzić, jak postępować, rozpytujac przytem o wszystkie nienormalne objawy zauważone, o choroby przebyte przez chorego w dzieciństwie i późniejszym wieku, o stan zdrowia rodziny i rodzeństwa. W sposób taktowny dowiaduje się zczasem, niekoniecznie na pierwszym wywiadzie, czy nie było w rodzinie alkoholików, lub chorych na lues.

Jeśli przy badaniu lekarz zauważy, iż stan chorego wymaga umieszczenia w zakładzie — pielęgniarka załatwia wszystkie potrzebne formalności. Stara się sama odwieźć chorego do zakładu — a następnie co pewien czas odwiedza go tam, dowiadując się o zdrowie i dostarczając wiadomości rodzinie.

Jednym z celów przychodni jest ustrzeżenie chorego dorosłego, czy też dziecka, od umieszczenia w zakładzie zamkniętym. Przychodnia stara się zatrzymać go w środowisku, w którem przebywał będąc normalnym, aby uniknąć w ten sposób zmiany warunków i otoczenia, mogącej źle wpłynąć na jego stan.

Do zakładów zamkniętych skierowuje się jedynie chorych niespokojnych, lub wymagających specjalnych zabiegów leczniczych. Jeśli stan chorego wymaga tylko usunięcia go od rodziny, do której nieraz czuje nienawiść, albo gdzie nie może znaleźć należytej opieki — przychodnia umieszcza go w Gheel.

Kolonja w Gheel

Gheel jest to miasteczko o 17.000 mieszkańców. Na 2995 rodzin, 1334 gości umysłowo chorych.

Tradycja przyjmowania pensjonarjuszy umysłowo upośledzonych sięga czasów bardzo dawnych; początkiem jej jest legenda, której akcja rozgrywa się w VII. wieku:

Księżniczka Dymphne, prześladowana przez ojca, króla irlandzkiego, uciekła z domu i schroniła się w Gheel. Odnaleziona przez królewskich siepaczy, zginęła z morderczej ręki własnego ojca. W średniowieczu grób jej zasłynął cudownemi uzdrowieniami, zwłaszcza obłąkanych, ówczesnych „opętanych przez djabła". Lokowano ich w celach zbudowanych dla nich między szkarpami kościoła, lecz wkrótce zabrakło miejsca dla tłumu pielgrzymów i zaczęto ich przyjmować do domów sąsiadujących z kościołem.

Już w XVII. wieku wydano prawo ochraniające chorych przed nadużyciami, a dziesięciu mnichów, przydzielonych do kościoła św. Dymphne'y zajmowało się kontrolą nad rodzinami, przyjmującemi umysłowo upośledzonych.

W 1852 roku opieka nad chorymi w Gheel przeszła w ręce rządu i nabrała sławy wszechświatowej. Kolonja w Gheel jest instytucją dobroczynną, zależną od Ministerstwa Sprawiedliwości, a oddaną bezpośredniemu kierownictwu lekarza naczelnego. Kontrolę nad nią pełnią komitety — naczelny i nadzorczy, w skład których wchodzą: prokurator królewski, sędzia pokoju, burmistrz, proboszcz miejscowy, lekarze z Kolonji i parę osób prywatnych, wyznaczonych przez Ministerstwo Sprawiedliwości.

Celem Kolonji jest leczenie umysłowo chorych w warunkach, o ile możności, najbardziej zbliżonych do tych, w jakich przebywali w normalnem życiu.

Po przybyciu do Gheel, chory umieszczony jest w t. zw. „zakładzie centralnym", gdzie pozostaje tyle czasu, ile potrzeba lekarzowi naczelnemu do zbadania rodzaju jego choroby i na upewnienie się, że chory nadaje się do umieszczenia w rodzinie prywatnej. Zakład centralny, inaczej zwany „infirmerją", jest nietylko oddziałem obserwacyjnym, przez który musi przejść każdy przybywający chory, lecz oddaje i inne usługi. Gdy chorzy umieszczeni prywatnie ulegną innemu cierpieniu wymagającemu kuracji, lub w ataku szału przejściowego stają się groźnymi dla otoczenia, czy też objawiają chęć ucieczki — odsyłani są do „infirmerji", gdzie pozostają pod ścisłym nadzorem lekarskim dopóty, dopóki stan ich tego wymaga. Z chwilą powrotu do względnego zdrowia, zabierani są znów przez swych opiekunów. Wykluczone jest umieszczenie w rodzinach tych chorych, których stan wymaga odosobnienia i ciągłego nadzoru, niebezpiecznych dla

otoczenia lub siebie samych, lub wykraczających przeciwko spokojowi i moralności publicznej.

Wybór rodziny, u której chory ma być umieszczony, jest sprawą bardzo delikatną i trudną. O ile możności umieszcza się chorego w takiem środowisku, z jakiego sam pochodzi: a więc wieśniaka na krańcach miasteczka, u rodziny posiadającej swój kawał ziemi; mieszczanina — w rodzinie średniej lub zamożnej burżuazji; choremu mającemu zawód, dobiera się opiekuna, oddającego się temu samemu zajęciu.

Rodziny, opłacające pobyt krewnego w Gheel, mają prawo do wyboru opiekunów, naturalnie za porozumieniem z lekarzem naczelnym. O umieszczaniu niezamożnych, za których płacą gminy, decydują lekarze i komitet nadzorczy. Po wiekach współżycia z umysłowo upośledzonymi, opieka rodzinna nad chorym stała się przyzwyczajeniem każdego niemal mieszkańca Gheel, omal, że nie punktem honoru. Nie każdy stać się może opiekunem. Aspirant na opiekuna musi otrzymać krótkie fachowe przygotowanie, dać dowody uczciwości, nie mówiąc już o łagodności i wyrozumiałości dla chorych.

Mieszkania, w których przebywają chorzy niezamożni, są czyste i wygodne, każdy chory obowiązkowo musi mieć pokój oddzielny, a rodzina opiekunów nie ma prawa przyjmować więcej ponad dwóch chorych i to tej samej płci. Mieszkania chorych zamożnych urządzone są z komfortem. (Minimalna opłata za chorego przed trzema laty, gdy zwiedzałam Gheel, wynosiła 600 franków rocznie).

Chorzy niespokojni, nawet niebezpieczni we własnych rodzinach, uspokajają się wśród osób obcych, a umiejących się z nimi obchodzić. Względna swoboda, wykonywanie rzemiosł i innych zajęć, zależnie od zawodów i zamiłowań, kontakt z życiem rodzinnem normalnych, przychylnych ludzi — wszystko to wytwarza atmosferę, której nie daje zakład zamknięty i przyczynia się do szybszego, niż w zakładzie, powrotu do zdrowia.

Swoboda musi być oczywiście ograniczona. Odwiedzanie restauracyj, barów, kin — dozwolone jest tylko niektórym chorym i to za każdorazowem zezwoleniem lekarza. Podawanie chorym napojów wyskokowych jest wzbronione. Opiekunowie obowiązani są przestrzegać, by chorzy byli w domu od godziny 4-tej popołudniu w zimie, a od 8-mej w lecie.

Przyjmowani są chorzy z całego świata i z różnych środowisk społecznych, a wielu z nich po kilku latach pobytu w Gheel wraca do rodzin ze znacznem polepszeniem lub zupełnie uzdrowionych.

Gheel podzielone jest na cztery rejony. Na czele każdego rejonu stoi lekarz zależny od lekarza naczelnego, a mający do pomocy dwu sanitarjuszy. Lekarze rejonowi i sanitarjusze stale odwiedzają chorych rozmieszczonych w dzielnicy, należącej do ich rejonu. Praktyka prywatna jest lekarzom wzbroniona; jako urzędnicy Departamentu Sprawiedliwości muszą całkowicie poświęcić się opiece nad umysłowo upośledzonymi. Każda dzielnica posiada zakład kąpielowy, dokąd chorzy są przyprowadzani perjodycznie przez opiekunów.

Opieka religijna jest zapewniona. Kapelan katolicki przydzielony jest do Kolonji, a pastor i rabin przybywają na każde wezwanie współwyznawców.

Gdy pacjent może już opuścić Gheel, zarząd Kolonji wyszukuje mu odpowiednie warunki otoczenia i pracy, a gdy trzeba, kieruje pod nadzór poradni; w ten sposób zapobiega się nawrotom choroby i łagodzi wstrząs,

któremu podlega ustrój psychiczny pacjenta przy powrocie do życia normalnego.

Mieszkańcy Gheel dumni są z pielęgnowania swoich chorych. Są do nich przywiązani, opiekowanie się nimi poczytują sobie za zaszczyt.

Kiedy podczas wielkiej wojny ludność okolicznych wsi i miast tłumnie uchodziła przed barbarzyńskim najeźdźcą — w Gheel nie ruszył się nikt. Nie mogąc uciekać z chorymi, a nie chcąc ich zostawiać na pastwę losowi, godni spadkobiercy średniowiecznych czcicieli świętej Dymphne'y pozostali wszyscy — i przetrwali nawałę, wierni odwiecznemu obowiązkowi.

Zofja Węcławowiczówna

Rola i zadanie kobiety w pracy około podniesienia zdrowia publicznego

(Z Lwowskiego Twa Walki z Gruźlicą. Lekarz naczelny: Dr L. Węgrzynowski).

Referat wygłoszony na Zjeździe lekarzy powiat. Wojew. Lwowskiego w Drohobyczu d. 21. III 1930.

Sprawą zdrowia publicznego zajęto się właściwie dopiero z końcem ubiegłego stulecia, a w niektórych krajach w początkach XX-go wieku, to jest wówczas, gdy zrozumiano, że przedewszystkiem należy zapobiegać chorobom, nietylko je leczyć.

Z chwilą, gdy przyjęto zasadę zapobiegania, wyłoniło się nowe zadanie, a to zajęcie się stosunkami zdrowotnemi nietylko jednostki, lecz i rodzin, a nawet całych zbiorowisk, jak osiedla fabryczne, kolonje i t. p. Przestano obserwować tylko chorego osobnika, lecz wtargnięto do komórki dotychczas zamkniętej w sobie: jest nią poszczególna rodzina.

Lecz tego zadania nie może wykonać urzędnik wyznaczony przez prawo, gdyż dziedzina ta jest tak subtelna, że wszelkie traktowanie jej w sposób urzędowy nie doprowadziłoby do celu. Mogą się tem zająć tylko zawodowo wykształcone kobiety, które przez wrodzoną intuicję, uczuciowość i dzięki wyszkoleniu potrafią wniknąć powoli w zawiły splot spraw rodzinnych.

Powołać się tu możemy na dawniejsze czasy, gdy odwiedzaniem chorych ubogich, akcją charytatywną — zajmowały się wyłącznie kobiety.

Już w roku 1633 św. Wincenty à Paulo organizuje sekcję kobiet zajmujących się galernikami, więźniami i sierotami. On pierwszy stworzył szkołę pielęgniarek odwiedzających.

Lecz pojęcia ówczesne nie pozwalały, aby kobiety nie związane jakąkolwiek regułą, pracowały na polu społecznem. Pracą tą o charakterze wyłącznie miłosiernym, zajęły się zakony.

W ciągu następnych wieków spostrzegamy przeradzanie się motywów miłosierdzia w pojęcie użyteczności społecznej. Zaczyna się walka z chorobami, jako klęskami społecznemi, interesa jednostek ustępują miejsca interesom ogółu. Dowodem, iż ludzie zrozumieli konieczność zajęcia się zdrowiem całego społeczeństwa było, iż już w ubiegłem stuleciu trafiały się poszczególne wypadki działalności w tym kierunku. Urządzano kolonje letnie, akcję dokarmiania dzieci, zwrócono większą uwagę na rozwój

fizyczny młodzieży, ale były to wszystko prace jeszcze nie zorganizowane należycie, bezplanowe.

Pierwszym krajem, który zajął się sprawą zdrowia publicznego jest Anglja. W roku 1859 Dr William Rathbone zorganizował w Liwerpool opiekę społeczną w dzielnicach miasta i dzięki jego inicjatywie i pracy i przy współudziale Florence Nightingale powstał pierwszy kurs dla pielęgniarek społecznych. Wedle jego przekonania pielęgniarkami zdrowia publicznego mogą być jedynie kobiety wykształcone ogólnie oraz zawodowo.

Parę słów muszę tu poświęcić miss Florence Nightingale, pionierce ruchu nowoczesnego pielęgniarstwa.

Urodziła się w roku 1820. W 33 roku życia, wbrew zapatrywaniom ogółu i woli rodziców, oddała się zawodowi pielęgniarskiemu. Wielkie zasługi oddala w czasie wojny krymskiej, gdzie szereg miesięcy pracowała w szpitalu na 2.500 rannych w Sentari.

Po 2-letniej ciężkiej pracy wraca do Anglji. Mimo nadwerężonego zdrowia, w pracy nie ustaje i w r. 1860 zakłada przy szpitalu św. Tomasza w Londynie 2-letnią szkołę pielęgniarstwa, która pozostaje dotychczas wzorem dla nowootwierających się szkół.

Za przykładem Anglji i inne kraje zajęły się akcją zapobiegawczą i tak na pierwsze miejsce wysunąć należy Francję, gdzie Budin i Herrgett otwierają w roku 1892 pierwszą poradnię dla dzieci, następnie Calmette w Lille i Malvause w Liége otwierają przychodnie przeciwgruźlicze.

W Polsce o początkach zainteresowania się zdrowiem publicznem możemy mówić od czasów prac Komisji Edukacyjnej. Okres niewoli nie pozwalał na jego dalszy rozwój. Z końcem XIX-go wieku jednak kwestją tą zajęto się ponownie. W roku 1900 na IX. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, prof. Baranowski z Warszawy wygłosił wykład p. t.: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno - narodowe“.

Założycielami placówki pracy nad zdrowiem publicznem byli Dr Janiszewski i prof. Antoni Gluziński. Za ich to inicjatywą w roku 1904 powstaje Towarzystwo Walki z Gruźlicą, a w roku 1908 — poradnia we Lwowie. Jak dokładnie zdawano sobie sprawę z zadań poradni, może świadczyć piąte sprawozdanie Zarządu Lwowskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą, gdzie czytamy: „Po ustaleniu rozpoznania gruźlicy, udawała się „opiekunka“ do mieszkania chorego, celem stwierdzenia, śród jakich warunków chory i jego najbliższe otoczenie znajdują się. A zamiarem tej wizyty było stworzenie w otoczeniu chorego takich warunków, aby gruźlica jak najmniej szerzyć się mogła“.

Z przytoczonych danych widzimy, że w każdej epoce pracę nad podniesieniem zdrowia publicznego powierzano kobiecie. Obecnie pracę tę wykonują we wszystkich krajach siły zawodowe, w Polsce zwane „pielęgniarkami“, w Niemczech „Führsorgeschwestern“, we Francji „infirmières visiteuses“. Osoby te ze średniem, a nierzadko z wyższem wykształceniem, po ukończeniu 2 — 3 lat szkoły pielęgniarskiej otrzymują dyplom „pielęgniarek“.

Dzielą się one zależnie od objętej pracy na pielęgniarki zdrowia publicznego i na pielęgniarki szpitalne.

Zajmijmy się grupą pierwszą, to jest pielęgniarkami zdrowia publicznego.

Spotykamy się nieraz z zarzutem przeciwko tej nazwie i zdaniem, iż należałby się im raczej tytuł „opiekunek“, „poradniarek“, „wywiadowczyń“, jednak wymieniony tytuł został zatwierdzony przez Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych i tego tytułu my wszystkie używamy.

Pielęgniarki Zdrowia Publicznego możemy dzielić na kilka kategoryj.

1) pracujące w ośrodkach zdrowia, poradniach miejskich i powiatowych;

2) w zakładach zamkniętych, żłobkach, sanatorjach;

3) pielęgniarki szkolne (higjenistki);

4) pielęgniarki na statkach emigracyjnych;

5) pielęgniarki fabryczne;

6) pielęgniarki zajmujące się nieletnimi przestępcami.

W Polsce niestety tych dwóch ostatnich kategoryj jeszcze nie mamy. Przejdziemy teraz pokrótce obowiązki pielęgniarek poszczególnych kategoryj.

1) Obowiązkiem pielęgniarek pracujących w ośrodkach zdrowia i poradniach jest nawiązanie kontaktu między rodziną pacjenta, a poradnią. Kontakt ten dziś skutkiem przeciążenia lekarzy pracą zawodową, skutkiem rozrostu nauki lekarskiej i za tem idącej specjalizacji i z powodu zanikania tak zwanego „lekarza domowego“, staje się bez pomocy pielęgniarek nader utrudnionym lub też całkiem się zrywa. Zwłaszcza dzieje się to w wielkich miastach i centrach przemysłowych. Łącznikiem musi być pielęgniarka. Musi ona zbadać na miejscu warunki higjeniczne, jak i materjalne danej rodziny. Pośredniczyć w dostarczeniu jej ewentualnie pracy, mieszkania, zapomogi, miejsca w zakładzie, szpitalu czy sanatorjum. Ponadto pouczyć ją o zasadach higjeny dostosowanej do warunków, w jakich się dana rodzina znajduje. Udzielać rad i wskazań, w jakich wypadkach należy się do lekarza zgłaszać.

W poradni zajmuje się rejestrowaniem chorych i prowadzeniem kart i statystyk, będących podstawą do wyciągania wniosków co do dalszego racjonalnego rozwoju pracy.

Nie poruszamy, jako odrębnej, kwestji pracy pielęgniarek w stacjach opieki nad matką i dzieckiem, gdyż do obowiązków każdej pielęgniarki pracującej w ośrodku czy poradni, należy nietylko nauczanie, lecz również dopilnowanie matki karmiącej, zajęcie się sprawą odżywiania, jak i odzieży dziecka. Pielęgniarka musi też pozostawać w ścisłej łączności z instytucjami opieki prawnej nad matkami niezamężnemi i ich dziećmi.

2) Pielęgniarki w zakładach zamkniętych, oprócz pielęgnowania poszczególnych chorych, mają również zadanie nauczycielek higjeny. Uczą dzieci i starszych higjeny osobistej. W sanatorjach dla chorób przewlekłych winny pouczać chorych, jak mają żyć po powrocie do domu. Pozostają one w ścisłym kontakcie z pielęgniarką najbliższego ośrodka, czy też poradni, która zajmuje się rodziną chorego pozostającego w sanatorjum. Zadaniem pielęgniarki z ośrodka zdrowia będzie nieraz postaranie się o zapewnienie bytu rodzinie chorego.

3) Pielęgniarka szkolna zwraca uwagę baczną na przestrzeganie przez dzieci zasad higjeny tak w szkole, jak i w domu. Wgląda w stosunki rodzinne, donosi lekarzowi szkolnemu o każdym wypadku zachorowania, czy też objawach anormalnych w rozwoju dziecka.

4) Na statkach dla emigrantów pielęgniarka, poza pracą ściśle związaną z zawodem, ma wielkie pole do działania. Jest ona tą jedyną osobą, do której emigranci, nie znający języków obcych, odnoszą się z pełnem zaufaniem w najdrobniejszych sprawach. Wiele czasu poświęcać musi opiece nad dziećmi, młodszemi dziewczętami i t. p. O ile wiem, mamy zaledwie 3 pielęgniarki polskie zajmujące powyższe stanowisko.

5) Pielęgniarka w fabrykach ma za zadanie: 1) udzielanie porady pielęgniarskiej każdemu robotnikowi pracującemu w fabryce; 2) organizację zbiorowych pogadanek o higjenie z uwzględnieniem warunków fabryki; 3) opiekę nad matką i niemowlętami (ilością godzin pracy, kobietą ciężarną i karmiącą, godzinami karmienia); 4) czuwanie nad przestrzeganiem higjeny w fabryce, organizowanie jadalni, pokojów wypoczynkowych, łazienek.

6) Pielęgniarka dla nieletnich przestępców pozostaje w łączności z sądem, donosi o warunkach, w jakich się znajduje przestępca, przez co przyczynia się do wykrycia źródła zbrodni. Zajmuje się dzieckiem i stara się stworzyć mu warunki, umożliwiające poprawę.

Grupa pielęgniarek szpitalnych doniedawna pozostawała poza obrębem pracy społecznej. Dziś jednak wiemy, że o ile chce ona w zupełności sprostać zadaniu, powinna pamiętać, że chory, powierzony jej opiece, nie jest oderwaną jednostką, lecz że po opuszczeniu szpitala, wraca do jakiegoś środowiska. Zainteresować się więc powinna wszystkiemi warunkami jego życia i otoczenia, aby móc, jak wyżej wspomniane pielęgniarki sanatoryjne, wpłynąć nań wychowawczo — to jest właśnie jej zadaniem społecznem.

Z tych danych widzimy, że w każdym dziale pracy nad podniesieniem zdrowia publicznego pielęgniarka ma swoje odrębne pole działania. A niesłuszne są twierdzenia, że pielęgniarki zdrowia publicznego chcą na prowincji zająć miejsce dawnych felczerów i leczyć.

W naszym referacie wymieniliśmy szereg placówek pracy pielęgniarskiej. Na każdej z nich pracujemy jako podległe lekarzowi i w zakres naszej pracy zupełnie leczenie nie wchodzi. My współpracujemy z lekarzem, ale nigdy nie leczymy.

Praca lekarza i pielęgniarki uzupełnia się wzajemnie i jeśli na polu pracy społecznej około zdrowia publicznego ma się osiągnąć pozytywne wyniki, to konieczną jest współpraca tych obydwu czynników.

Anna Mańkowska

Prace, z których korzystaliśmy:

Major Richard Cabot: Essais de médecine sociale.

Gardner Mary Sewell: L'infirmière visiteuse.

Węgrzynowski: Znaczenie społeczne poradni przeciwgruźliczej i rola pielęgniarki społecznej. Gruźlica i jej zwalczanie. Rok 1927.

Torosiewicz-Cybulska: Społeczna rola Lecznicy w walce z gruźlicą (Pielęgniarka Polska 1929 r., Nr. 4).

E. Jełowicka: Warunki pracy pielęgniarek na statkach. (Pielęgniarka Polska, 1930 r., Nr. 1).

Węgrzynowski: Sprawozdanie z działalności Lwowskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą za rok 1927.

Z pracy przeciwgruźliczej

IV.

Lwów

W roku 1904 powstało dzięki inicjatywie prof. Gluzińskiego i Dra Janiszewskiego Lwowskie Towarzystwo Walki z Gruźlicą. 17 maja 1908 r. założono pierwszą Poradnię Przeciwgruźliczą, na czele której, pod przewodnictwem ś. p. Dra Wiczkowskiego, stanął Dr Czarnecki. Obecnie lekarzem naczelnym Towarzystwa jest Dr L. Węgrzynowski.

Pierwszą pielęgniarką zdrowia publicznego w Poradni i w Polsce była p. M. Kwiatkiewiczowa, która, mimo wielu trudności, od r. 1909 do 1911 zrobiła 232 wywiadów — dużo, jak na ówczesne stosunki; prowadziła ona Poradnię do wybuchu wojny. Następnie funkcje drugiej pielęgniarki pełniła S. Anna ze Zgromadzenia SS. Miłosierdzia pod kierownictwem prof. Wiczkowskiego i Dra Selzera, utrzymywała ona Przychodnię podczas całej wojny światowej do r. 1920. W tym okresie odbył się 6-tygodniowy kurs dla pielęgniarek odwiedzających. Od roku 1920 do 1925 pracowały 2 pielęgniarki z kursem 6-tygodniowym, 1 Siostra Miłosierdzia i kilka słuchaczek medycyny, lekarki i lekarze, pełniący funkcje pielęgniarek.

W r. 1924 nawiązano kontakt z fizykatem miejskim, od którego Poradnia otrzymuje stale wykazy zmarłych na gruźlicę we Lwowie.

Od 1925 r. starało się Tow. Walki z gruźlicą powoływać na posady pielęgniarki dyplomowane. Do r. 1930 przyjęto 5 pielęgniarek do Poradni, jedną — do lecznicy w Hołosku. Dzięki temu zdołano zaprowadzić dokładną rejestrację i zwrócić większą uwagę na pracę w domach chorych.

Cyfry wywiadów: 1925 r. — 1536, 1927 r. — 2148, 1928 r. — 2851, 1929 r. — 4573.

Pielęgniarki biorą czynny udział w Lotnej Kolumnie Przeciwgruźliczej, w Wystawie Ruchomej, porankach urządzanych w szkołach i t. p. pracy propagandowej, nawiązują kontakt z szeregiem instytucyj społecznych oraz usiłują stworzyć własną organizację pomocniczą, w której bierze udział kilkanaście osób ze sfer akademickich. Zorganizowanie Lotnej Kolumny jak i Wystawy wymagało dużego nakładu czasu. Brak bowiem jakichkolwiek wzorów oraz stały brak funduszów zmuszał do wykonywania tablic i wykresów własnemi siłami. Wyjazdy z Lotną Kolumną i Wystawą zabierają dużo czasu: przeciągają się nieraz do kilkunastu dni. Zadaniem pielęgniarek jest objaśnianie tablic i eksponatów oraz propagowanie idei walki z gruźlicą. Bezpośrednim wynikiem tej akcji jest wzmożenie ruchu chorych w poradniach oraz u lekarzy miejscowych.

Zdawaćby się mogło, że rozdrobnienie sił pielęgniarskich w tak różnych działach akcji przeciwgruźliczej ujemnie wpłynie na główną pracę pielęgniarek — odwiedzanie. Na podstawie jednak doświadczenia stwierdzamy, jak niesłuszne są te obawy, zainteresowanie się bowiem całokształtem zagadnień walki z gruźlica wzbudza inicjatywę i podnosi poziom indywidualnej pracy w Poradni i rodzinie i uzupełnia wykształcenie pielęgniarek zdrowia publicznego.

Dzisiaj właściwe stadjum organizowania Poradni minęło, a szybki rozwój instytucji zapewnia pielęgniarkom szerokie pole działania. Nie

mniej jednak nasuwa się w dalszym ciągu szereg trudności. Pielęgniarki, choć ich jest coraz więcej, nie są w stanie podołać obowiązkom i otoczyć opieką tych wszystkich rodzin, któreby tego wymagały. Każda pielęgniarka ma w stałej opiece 80 do 90 rodzin, które odwiedzić musi, przynajmniej raz w miesiącu, a w miarę potrzeby i częściej. Wymaga to ogromnego nakładu czasu i wysiłku fizycznego, gdyż praca Poradni obejmuje nietylko teren samego Lwowa, ale i rozległe jego przedmieścia i gminy okoliczne. Wzmożony ruch chorych w Poradni (60 do 70 dziennie w ciągu 6-ciu godzin) wymaga stałej obecności 2 pielęgniarek przy rejestracji, a jednej w laboratorjum przy dopełnianiu ódm, injekcjach wapna, badaniach plwocin i t. d.

Wielkim ciężarem Poradni są t. zw. „praktykantki". Są to osoby przysyłane z miast prowincjonalnych, celem zaznajomienia się z pielęgniarstwem zdrowia publicznego. Przyjmowanie ich jest konieczne ze względu na nowopowstające powiatowe ośrodki zdrowia. Niestety skierowywany do nas materjał nie odpowiada choćby minimalnym wymaganiom stawianym przyszłym pielęgniarkom. Odmawianie zaś przyjęcia kandydatek jest bardzo trudne, gdyż nie jesteśmy w stanie dostarczać powiatom osób odpowiednio wyszkolonych.

Mimo szybko wzmagającego się ruchu przeciwgruźliczego, sprawa zwalczania gruźlicy posuwa się bardzo wolno, niewspółmiernie z rejestrowaniem chorych i uświadamianiem społeczeństwa. Smutno bardzo przedstawia się kwestja umieszczania chorych w szpitalach, zakładach i t. d. Szpitala, któryby przyjmował bezpłatnie ciężko chorych na gruźlicę wogóle niema. Przyjmuje ich jedynie szpital prywatny SS. Miłosierdzia, ale — za opłatą. Chorzy biedni dostać się tam mogą tylko wyjątkowo za interwencją T-wa św. Winc. à Paulo lub innej organizacji. Większość umiera w domach. Poradnia stoi natomiast w ścisłym kontakcie z Lecznicą w Hołosku. *) Zakłady wychowawcze, sierocińce i t. p. są tak przepełnione, że umieszczenie jakiegokolwiek dziecka jest prawie niemożliwe. Jedynym ratunkiem są dzienne ochronki SS. Felicjanek, przyjmujące dzieci w wieku przedszkolnym. Zupełny brak żłobków i prewentorjum uniemożliwia ochronę niemowląt.

Wzrastające jednak ogólne zainteresowanie się temi sprawami i zapoczątkowanie przez władze miejskie i wojewódzkie szeregu prac nad podniesieniem stanu zdrowotności ze specjalnem uwzględnieniem zagadnień walki z gruźlicą, pozwala nam nie wątpić, iż niedługo nasza praca pielęgniarska będzie i łatwiejsza i owocniejsza.

A. Mańkowska *A. Dąmbska*

Przegląd pism zagranicznych

PIELĘGNIARKA KANADYJSKA, czerwiec 1930.

Gruźlica między pielęgniarkami, dr E. L. Ross. — Jest to bardzo ciekawy artykuł, oparty na 5-letniem doświadczeniu dra Rossa, który specjalną uwagę poświęcił gruźlicy wśród pielęgniarek, przebywających na kuracji w sanatorjum w Manitoba „Ninette". W ciągu lat 5 obserwował 60 pielęgniarek, które bądźto były tam jedynie badane, bądź też spędziły czas dłuższy w sanatorjum. W r. 1926 na zasadzie statystycznych

*) Ob. artykuł dr M. Krasowskiej: „Kilka uwag o współpracy Poradni Przeciwgruźliczej z Lecznicą", „Pielęgniarka Polska" Nr. 5—6, 1930 r. (Przyp. Red.).

danych, zebranych z 13 sanatorjów w Kanadzie, na 1514 leczących się kobiet było 99 pielęgniarek (52 dyplomowanych, a 47 uczennic), co stanowi nieco więcej niż 6,5 proc. Z pomiędzy grupy 60 pielęgniarek, będących na kuracji w wyżej wspomnianem sanatorjum, 40 zaczęło chorować jeszcze w czasie pobytu w szkole, a 20 po jej ukończeniu: 10 w pierwszym roku po ukończeniu szkoły, 5 w trzecim, 5 w czasie od 3—17 lat. A więc 50 z pomiędzy 60 pielęgniarek zachorowało w ciągu pobytu w szkole lub też w rok po jej ukończeniu. Ponieważ w ciągu 5 lat, w których badania były przeprowadzane, w szkołach pielęgniarstwa w Kanadzie było około 800 uczennic, przeto około 6 proc. zapadło na gruźlicę i było leczonych w sanatorjach, dokąd skierowano je ze szkół, lub też wkrótce po ukończeniu; wynika z tego, że na 17 uczennic jedna jest dotknięta gruźlicą. Uderza to jeszcze mocniej, jeśli zważymy, że przez 20 lat 3—4 tys. dyplomowanych pielęgniarek znajdowało się w Kanadzie, a z nich leczonych w sanatorjum było tylko 10, t. j. zaledwie 0,3 proc. — Wszystkie statystyki wykazują, że pielęgniarki chorują na gruźlicę więcej, niż inne kobiety w tym samym wieku, a pracujące w innym zawodzie; zwłaszcza pielęgniarki pracujące w szpitalach i zwłaszcza pielęgniarki młode. Z pomiędzy uczennic przebywających na leczeniu, 85 proc. wstąpiło do szkoły w wieku 21 lub 22 lat. W zależności od wieku, z pomiędzy 60 obserwowanych wypadków 15 zachorowało, nie mając ukończonych lat 20, a 34, t. j. więcej niż połowa, przed ukończeniem 22 lat. 15 z nich pochodziło z rodzin, gdzie gruźlica była stwierdzona; reszta, t. j. 75 proc. zachorowało w czasie pracy w szpitalu. Przyczyniły się do tego w znacznej mierze cięższe warunki pracy fizycznej, do której pielęgniarki poprzednio nie były przyzwyczajone oraz wysiłek psychiczny i umysłowy. U 34 pielęgniarek gruźlica miała przebieg ostry, u 26 — łagodny. U 14 diagnoza była postawiona już w tydzień po pojawieniu się pierwszych objawów, a nieomal u większości gruźlica była rozpoznana w 3 do 12 miesięcy od początku choroby. W porównaniu z inną grupą kobiet, nie pielęgniarek, właściwe rozpoznanie było postawione znacznie wcześniej u pielęgniarek, a co za tem idzie i leczenie rozpoczęto wcześniej. Z ogólnej liczby 60, 24 miało kawerny, z tych 4 zmarły, 12 jest w leczeniu, a 8 pracuje. 24 były dotknięte gruźlicą płuc, 4 gruźlicy otrzewnej (1 zmarła), 2 — nerek, 1 — oka, 1 — gruczołów. Obecnie 31 z ogólnej liczby, będącej w leczeniu, pracuje i czuje się dobrze.

Z podanych cyfr wynika, że 1) pierwsze lata pracy w szpitalu, gdy organizm poprzednio był mało narażony na zakażenie gruźlicze, a odporność wskutek zmienionych warunków pracy — zmniejszona, jest najniebezpieczniejszy; 2) w późniejszych latach odporność jest zwiększona i niebezpieczeństwo zakażenia mniejsze. 3) Ponieważ większość pielęgniarek zachorowało przed ukończeniem 22 lat — uczennice do szkół powinny być przyjmowane w starszym wieku. 4) Wszyscy pacjenci w szpitalach powinni być poddawani szczegółowym badaniom, a pielęgniarki winny zawsze zachowywać wszelkie ostrożności: znacznie rzadziej ulegają zakażeniu gruźliczemu pielęgniarki, pracujące w sanatorjach, gdzie ostrożności są zachowane. *J. S.*

Sprawy P. S. P. Z.

Ze Stowarzyszenia b. Wychowanek Warsz. Szk. Pielęgniarstwa.

Zebranie 17 czerwca 1930 r. w Warsz. Szk. Piel., Koszykowa 78. Obecnych 33 czł. Po odczytaniu protokółu z ostatniego zebrania, p. Romanowska przedstawiła sprawozdanie kasowe. — Żywo omawiano sprawę listy kandydatek do Zarządu Polskiego Stow. Piel. Zawodowych. — P. Martinówna zdała sprawozdanie ze starań w sprawie wycieczki do Drezna, która, niestety, z powodu znacznych kosztów, odbyć się nie może. — Panna Iżycka, st. pielęgniarka z Ośrodka zdrowia w Stanisławowie, dzieli się wrażeniami ze swej pracy i podnosi sprawę munduru dla pielęgniarek niedyplomowanych, który po powrocie do Stanisławowa chciałaby wprowadzić. Zebranie wypowiada się kategorycznie, że mundur koloru szarego powinny nosić tylko dyplomowane pielęgniarki. — P. Lankajtesówna, jako przedstawicielka V-go kursu, któremu na zebraniu poprzedniem wypadł obowiązek przygotowania imprezy rozrywkowej, odczytuje część referatu: „Przegląd najnowszej literatury beletrystycznej i poezji“. Ze względu na spóźnioną porę dokończenie odłożono do zebrania powakacyjnego.

Zebranie 9 września 1930 r. w Warsz. Szk. Piel., Koszykowa 78. Obecnych 44 czł. Po odczytaniu protokółu z ostatniego zebrania i sprawozdania kasowego, p. Suffczyńska obszernie referuje sprawę organizowania rocznych kursów dla pielęgniarek społecznych przy Min. Pr. i Op. Społecznej. Kandydatki przyjmowane są z 6 kl. wykształceniem,

wiek 18—40 lat, kurs jest bezpłatny, mają być przyznane liczne stypendja. P. Poznańska zdaje krótkie sprawozdanie z prowadzenia kursu, elementu, z którym pracuje i posad, jakie kursistki obejmują po ukończeniu nauk. Nad sprawą coraz to powstających krótkoterminowych kursów i udziału w nich absolwentek szkól pielęgn. jako instruktorek, wyłania się bardzo ożywiona i gorąca dyskusja. Dyskusję kończy rezolucja, jaką Stow. b. Wych. W. S. P. zgłasza do Polsk. Stow. Piel. Zaw. Rezolucja brzmi: „Stowarzyszenie b. Wychowanek W. S. P. zwraca się do Polsk. Stow. Piel. Zaw. z prośbą o rozpatrzenie sprawy krótkoterminowych kursów pielęgniarskich, które zagrażają prawidłowemu rozwojowi zawodowego pielęgniarstwa i podkopują istnienie szkół pielęgniarskich". — P. Romanowska informuje o korespondencyjnych wykładach z zakresu nauki obywatelstwa i nauki o pracy. Opłata 5 zł. Deklaracje do wypełnienia w kancelarji szkoły. — Panna Suffczyńska zawiadamia, że jest do nabycia Statut Polsk. Stow. Piel. Zaw. (cena 50 gr.).— W listopadzie przypada amer. święto dziękczynienia („indyk"), tradycyjnie zachowywane w W. S. P. Panna Mochnacka proponuje opodatkowanie się na ten cel po 1 zł., co zebranie jednogłośnie uchwala. Dokończenie referatu p. Lankajtesówny „O najnowszej beletrystyce i poezji" ze względu na spóźnioną porę odłożono do następn. zebrania.

Zebranie dnia 7 października 1930 w Warsz. Szkole Pielęgn. Obecnych 47 członkiń. Po odczytaniu protokółu z poprzedniego zebrania i sprawozdania kasowego, przystąpiono do rozważania po raz statni przed Walnym Zjazdem P. S. P. Z. listy do Zarządu P. S. P. Z., proponowanej przez Stowarzyszenie b. Wychowanek Warsz. Szk. Pielęgn. Po gorącej dyskusji lista została ustalona i zatwierdzona. — Przystąpiono do omawiania przyjęcia, jakie Stowarzyszenie chce zgotować Miss Helen Bridge-Chartle, pierwszej dyrektorce Warszawskiej Szkoły Piel. Miss Bridge-Chartle przybywa wraz z małżonkiem wkrótce na dwa tygodnie do Polski, pierwszem miejscem jej pobytu będzie Warszawska Szk. Pielęgn. Program uczczenia Miss Bridge-Chartle, jednej z pionierek nowoczesnego pielęgniarstwa w Polsce, zebranie ustaliło wśród radosnego ożywienia z powodu tak miłych odwiedzin. — P. Ryllmanówna odczytała listę wolnych posad pielęgniarskich.— Przyjęto wniosek o otwarciu w „Pielęgniarce Polskiej" działu pielęgniarskich obserwacyj chorych oraz zasad pielęgniarstwa, podany przez p. Chrzanowską, która następnie zwróciła się do zebrania z prośbą o jak najliczniejsze artykuły oraz regularne opłacanie prenumeraty.

POSADY OBJĘTE I ZMIENIONE.

Absolwentki Warszawskiej Szkoły Pielęgn.:

P. M. Człapska, Rawa Mazowiecka, Ośrodek Zdrowia.

P. Zofja Drużycka, Wilno, jako pielęgniarka fabryczna.

P. Rozalja Filipowicz, Warszawa, Szpital Ujazdowski od września 1930 r.

P. Janina Dewiczówna, Warszawa, VII Miejska Stacja H. Zapob. od 1 paźdz. 1930.

P. Stefanja Kukówna, Lwów, Poradnia Przeciwgr. na Klinice Prof. Renckiego, od 1 czerwca 1930 r.

P. Irena Brzezińska 1 lipca 1930 r. opuściła Oddział Rentgenologiczny na Klinice Wewnętrznej w Warszawie.

P. Marja Barówna, Wilno, Ośrodek Zdrowia, od 1 kwietnia 1930 r.

P. Helena Wojciula, Białystok, Kasa Chorych, od 1 maja 1930 r.

P. Helena Raczkowska, Łomża, Stacja Opieki nad. M. i Dz., od 7 kwietnia 1930 r.

P. Janina Masiewiczówna, Warszawa, Szkoła Piel. P. C. K. Instruktorka Społ. od 1-go września 1930 r .

P. Tekla Majerowska, Warszawa, VIII Miejska Stacja H. Zapob. od 1 maja 1930 r.

P. Walentyna Sacewiczówna, Końskie, Ośrodek Zdrowia i Higjena Szkolna, od 1-go czerwca 1930 r.

P. Janina Ławniczkówna, Warszawa, Por. Twa Przeciwgruźl., od 10 kwietnia 1930.

P. Irena Petersówna, Warszawa, Instruktorka na kursie dla pielęgniarek w Żłóbkach i Stacjach Op. nad M. i Dz. Min. Pr. i Op. Społecznej od maja 1930 r.

P. Karyna Walewska, Warszawa, VIII Miejska St. H. Zapob.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem R. Ferka.

Wolne posady dla pielęgniarek

1) **Poradnia Przeciwgruźlicza na Olczy w Zakopanem.**
2) **Poradnia Przeciwgruźlicza w Garwolinie.**
Należy się porozumieć z p. E. Rabowską, Warszawa, Chocimska 24, Polski Zw. Przeciwgruźliczy.
3) **Poradnia Przeciwgruźlicza w Opocznie.** Warunki: 250 zł. i mieszkanie. — Podania kierować do Wydziału Powiat. w Opocznie.
4) **Fundacja Hr. Skarbka w Oświęcinach pod Włocławkiem: Higjena Szkolna.** — Podania kierować do Kuratora p. Edwarda Marylskiego-Łuszczewskiego.
5) **Przychodnia Przeciwjaglicza we Włoszczowie.** — Podania do Wydziału Powiatowego Włoszczowa.
6) **Ośrodek Zdrowia w Ciechocinku.** — Jako warunek: dyplom dwuletniej szkoły. Uposażenie 300 zł. i mieszkanie. Podania składać do p. St. Wiśniewskiego, Komisarza Rządowego (Warszawa, Dep. Sł. Zdrowia, ul. Nowowiejska 39).
7) **Sanatorjum Przeciwgruźlicze Dyrekcji Kolejowej w Bystrej na Śląsku Ciesz.** — Pobory: 150 zł., mieszkanie z całkowitem utrzymaniem.
8) **Dom Matki i Dziecka na Marcelinie pod Warszawą.** — Pobory: 200 zł., mieszkanie z utrzymaniem. Podania: Pani Łubieńska, Ul. Kredytowa 18, Warszawa.
9) **Dom dla Matek Zw. Pracy Obyw. Kobiet w Warszawie.** — Warunki: 200 zł., mieszkanie z całkowitem utrzymaniem. Zgłoszenia: Warszawa, ul. Brzozowa 2, Zw. Pracy Obyw. Kobiet, dr Wołowska..
10) **Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem w Łucku.** — Pobory: 180 zł., mieszkanie, światło i opał.

M. Babicka, Dep. Sł. Zdrowia,
Warszawa, ul. Nowowiejska 39

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

OD ADMINISTRACJI!

By uniknąć przerwy w otrzymywaniu pisma, prosimy o podawanie **zmian adresów**, podając „dotychczasowy . . . obecny . . . . .“

Czytajcie i rozpowszechniajcie Miesięcznik Zawodowych Pielęgniarek.